PROPOSITIONS

N° 118.

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 juin 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-BABTISTE-AUGUSTE TEYSSIEU, de Saint-Géniès,

Département de la Dordogne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy, *Suppléant.*
Berard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet, *Suppléant.*	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau, *Examinateur.*
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

J.-B.-A. TEYSSIEU.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I.

Des altérations anatomiques identiques ne donnent pas constamment lieu à des symptômes identiques ; il n'est même pas rare de voir une même lésion manquer quelquefois de ses symptômes les plus caractéristiques.

II.

Souvent des symptômes absolument semblables sont le résultat de lésions fort différentes.

III.

Dans un grand nombre de cas les altérations trouvées sur le cadavre sont insuffisantes pour rendre compte des symptômes observés pendant la vie.

IV.

Les malades affectés d'inflammations chroniques, ou de lésions de

tissu d'un organe, ne succombent pas toujours par suite des progrès naturels de la maladie ; la mort survient souvent à une époque plus ou moins avancée, tantôt par l'exaspération de la phlegmasie primitive, tantôt par l'apparition d'une nouvelle phlegmasie.

V.

Ces phlegmasies intercurrentes peuvent se produire ou par continuité, ou par contiguité de tissu, ou bien, d'une manière en quelque sorte mécanique, par la perforation d'un organe voisin, ou bien encore elles se développent, sans cause appréciable, dans un organe plus ou moins éloigné de celui qui était primitivement affecté.

VI.

Les organes sur lesquels les phlegmasies intercurrentes sévissent de préférence sont parmi les séreuses : le péritoine, la plèvre et le péricarde. Parmi les muqueuses, la gastro-pulmonaire; parmi les parenchymes, le poumon. Il ne faudrait pas croire que ces divers organes s'affectent indifféremment dans une phlegmasie quelconque; il est, au contraire, d'observation que quelquefois dans une maladie donnée, lorsqu'une phlegmasie intercurrente se manifeste, tel organe est atteint plutôt que tel autre.

VII.

Le diagnostic de ces maladies, facile dans quelques cas, est le plus souvent difficile à établir, à cause du peu d'intensité des symptômes auxquels elles donnent lieu. Souvent une prostration subite, une dyspnée peu considérable, l'altération des traits de la face, un léger mouvement fébrile, peuvent seuls éveiller les soupçons du médecin; quelquefois l'attention la plus soutenue ne saurait les faire reconnaître.

VIII.

En général, leurs symptômes sont plus ou moins marqués, suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, suivant l'organe dans lequel elles se développent, et suivant la période de la maladie primitive.

IX.

Les phlegmasies intercurrentes exercent presque constamment une influence fâcheuse sur l'affection première. Dans quelques cas, rares, elles ne paraissent produire sur elle aucune modification; enfin, dans quelques cas, plus rares encore, elles semblent faire rétrograder ou disparaître la maladie primitive.

X.

Dans ces divers cas, ces phlegmasies sont toujours une complication grave; presque constamment elles abrègent les jours des malades.

XI.

Leur prognostic est donc toujours fâcheux; il varie cependant, en raison de l'intensité et de l'étendue de la phlegmasie, de l'organe qu'elle occupe, de la cause qui lui a donné lieu, et de l'état d'affaiblissement plus ou moins prononcé dans lequel l'affection primitive a plongé le malade chez lequel elle survient.

XII.

Les phlegmasies intercurrentes sont rapidement mortelles lorsqu'elles se manifestent (ce qui est le cas le plus ordinaire) chez des individus épuisés par une maladie de long cours, qui a affaibli en eux les principales sources de la vie.

XIII.

Le traitement de ces phlegmasies doit être proportionné à leur intensité, et à l'état dans lequel se trouve l'individu qui en est atteint. Lorsqu'elles surviennent à une époque avancée de la maladie primitive, lorsque déjà les forces sont considérablement diminuées, que les symptômes de réaction sont presque nuls, ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'on doit recourir aux émissions sanguines. Dans ce cas, quelques sangsues appliquées sur les points douloureux, des révulsifs à l'extérieur, des adoucissans à l'intérieur, constituent la médication la plus convenable. Quand, au contraire, les phlegmasies intercurrentes se développent dans des circonstances opposées, que l'individu est encore fort, que les symptômes de réaction auxquels elles donnent lieu sont bien manifestes, on doit recourir aux saignées, soit locales, soit générales : quelquefois on emploie avec succès les unes et les autres.

XIV.

Un des phénomènes les plus remarquables de ces phlegmasies, lorsqu'elles se terminent rapidement par la mort, chez des sujets depuis long-temps malades, c'est l'état de congestion que l'on observe sur les organes qui en sont le siége. Il ne diffère en rien de ce que l'on rencontre sur les mêmes organes, lorsqu'ils ont été atteints, chez un individu qui jouissait auparavant d'un état parfait de santé.

XV.

Les fièvres dites typhoïdes reconnaissent le plus souvent pour cause une altération gastro-intestinale. Quelquefois néanmoins, surtout chez les vieillards, elles sont le résultat de l'affection d'un autre organe. Chez eux une pneumonie, un érysipèle ou toute autre phlegmasie peuvent donner lieu à l'ensemble des symptômes qui constituent la fièvre typhoïde.

XVI.

Elle frappent les individus des constitutions les plus diverses; peut-être même sont elles plus communes chez les hommes d'un tempérament sanguin, et dont le système musculaire est fortement développé. Les jeunes gens en sont plus fréquemment atteints que les hommes de trente à soixante ans.

XVII.

Leur invasion est quelquefois brusque : le plus ordinairement les premiers symptômes d'affection typhoïde sont précédés d'un état que rien ne distingue d'une gastro-entérite ordinaire. Un de leurs phénomènes les plus constans, c'est la modification des évacuations alvines, qui deviennent tantôt plus rares, tantôt plus abondantes. La diarrhée est plus commune que la constipation; elle peut survenir quelque temps avant l'apparition des premiers symptômes, ou bien ne se manifester qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

XVIII.

La douleur n'est nullement en rapport avec les désordres que l'on rencontre à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent : souvent elle manque; plus fréquemment elle est légère, rarement elle est intense. Ce cas ne pourrait-il pas être rapproché de ceux où, à l'ouverture des cadavres de phthisiques, on rencontre le larynx ou l'intestin occupés par de vastes ulcérations, sans que pendant la vie les malades aient accusé de douleur dans ces régions?

XIX.

La complication des fièvres typhoïdes avec une bronchite plus ou moins intense exerce toujours une influence fâcheuse.

XX.

Dans le traitement des fièvres typhoïdes on doit insister sur les évacuations sanguines générales et locales, soumettre le malade à une diète sévère, ne recourir qu'avec une grande réserve, et vers la fin de la maladie seulement, à l'emploi des toniques, et empêcher, lorsqu'on le peut, le malade de se coucher constamment sur le dos, afin de prévenir la formation d'escharres au sacrum; elles sont toujours d'une guérison difficile, et trop souvent entraînent le malade au tombeau.

XXI.

Un des symptômes les plus constans, et les moins équivoques de la péritonite aiguë, consiste dans le vomissement plus ou moins souvent répété de matières liquides d'un vert porracé. Ce symptôme peut-être précieux dans les cas où les symptômes locaux de la péritonite sont peu marqués; dans ceux, par exemple, où elle survient à la suite d'affections chroniques qui ont épuisé les forces du malade, et empêchent la réaction d'avoir lieu.

XXII.

Les symptômes fournis par le cancer de l'estomac ressemblent tellement à ceux de la gastrite chronique, qu'on ne distingue avec certitude ces deux affections l'une de l'autre que lorsqu'une tumeur plus ou moins volumineuse peut être reconnue par le toucher à travers les parois abdominales.

XXIII.

Lorsque la colique de plomb est accompagnée de symptômes inflammatoires non équivoques, on se trouve bien de faire précéder l'administration du traitement dit *de la Charité* d'évacuations sanguines plus ou moins abondantes : il n'est même pas rare de voir le traitement antiphlogistique faire seul disparaître la maladie.

XXIV.

L'emploi du tartre stibié à haute dose contre la pneumonie aiguë est rarement suivi de succès. Quelques malades le supportent avec assez de facilité ; chez d'autres il détermine des accidens plus ou moins graves du côté des voies digestives, qui forcent à en suspendre l'usage.

XXV.

Le diagnostic de la pleurésie diaphragmatique est souvent difficile à établir; les symptômes qui l'annonçent le plus ordinairement sont : une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes (cette douleur se prolonge fréquemment jusque dans le flanc du même côté) ; l'immobilité complète du diaphragme dans la respiration ; la nécessité où se trouve le malade de se tenir assis le tronc incliné en avant. Ici, lorsque la pleurésie est bornée à la plèvre draphragmatique, ce qui est rare, la percussion et l'auscultation ne donnent que peu ou point de renseignemens.

PROPOSITIONS DE CHIRURGIE.

I.

Lorsqu'une fracture est accompagnée d'une contusion violente, il ne faut pas hésiter à recourir à un traitement antiphlogistique énergique, tant local que général. Dans ce cas, en effet, il est à craindre qu'une inflammation intense ne s'empare des parties contuses et ne se termine par suppuration ; alors, si le foyer de la fracture se trouve en rapport avec celui de la suppuration, les fragmens, continuellement baignés par le pus et presque toujours dénudés, ne peuvent plus devenir le siége d'un travail de consolidation. La guérison, quand elle a lieu, ne peut survenir qu'à la longue, et après des exfoliations ou des nécroses plus ou moins étendues. Si le pus est en petite quantité et sans communication avec le foyer de la fracture, il n'exerce sur la consolidation que peu d'influence.

II.

Une complication non moins grave des fractures, c'est la coïncidence d'une plaie qui permet à l'air extérieur de s'y introduire. L'expérience a depuis long-temps démontré l'influence délétère de ce fluide dans les cas de ce genre. Son introduction dans le foyer de la fracture donne lieu à des inflammations violentes, qui se terminent le plus souvent par suppuration; aussi conseille-t-on, dans ces cas, de recouvrir la plaie d'un épais emplâtre de sparadrap de diachylum. J'ai vu plusieurs fois, à l'Hôtel-Dieu, guérir par ce moyen des fractures compliquées de plaies produites par les fragmens, aussi heureusement que si les individus qui en étaient atteints n'eussent eu que des fractures simples.

III.

Les abcès qui succèdent aux inflammations aiguës des mamelles doivent être ouverts aussitôt que la fluctuation peut être reconnue; une conduite contraire expose à voir se former des abcès énormes qui envahissent la totalité du tissu cellulaire qui enveloppe la glande mammaire, et dont on obtient difficilement la guérison. Dans ces inflammations, il n'est pas rare de voir plusieurs abcès peu volumineux se succéder les uns aux autres; on en prévient souvent le développement par des applications de sangsues faites à propos.

IV.

Une entorse, même légère, abandonnée à elle-même, ou traitée par une compression intempestive, ou par des substances stimulantes appliqués sur l'endroit malade, est toujours longue à guérir. Ces moyens augmentent l'inflammation, qui manque rarement de survenir, et peuvent déterminer quelquefois des accidens graves; ils réussissent assez bien, lorsqu'on en fait précéder l'emploi par des saignées locales et des applications émollientes.

FIN.